

UNIVERSIDAD DEL SALVADOR

MAESTRIA EN SALUD PUBLICA



TESINA:

**“NUEVO SISTEMA DE GESTION
ADMINISTRATIVA PARA UNA
COBERTURA DE SALUD”**

UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Tutor: Dra. Lila Rico de Badaracco

Autor: Dr. Augusto Andrade

INDICE

1.- INTRODUCCION.....	5
2.- ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION.....	6
3.- HIPOTESIS.....	9
4.- OBJETIVO: ORGANIZACIÓN DE LA CENTRAL DE GESTION Y COORDINACION.....	10
4.1.- Atención y Orientación	
4.2.- Urgencia	
4.3.- Atención Programada	
4.4.- Sedes	
4.5.- Procesos de Atención, Procesamiento y respuesta a reclamos	
4.6.- Tipos de demanda a procesar	
4.7.- Niveles de respuesta y resolución	
5.- COORDINACIÓN MEDICA ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN Y EFECTORES DE LA CENTRAL.....	14
5.1.- Estructura de coordinación específica para urgencias, derivaciones y atención no programada	
5.2.- Modalidades de coordinación para el primer nivel y entre este y el resto de la central	
5.3.- Circuitos y procesamiento para la provisión de insumos especiales	
5.4.- Mecanismos de coordinación con auditoria medica	
6.- SISTEMAS PREVISTOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES, ENTRE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y OTROS DE LA CENTRAL.....	17
6.1.- Programación de la atención de urgencias y pacientes no programados	
6.2.- Referencia y contrarreferencia de pacientes procedentes del primer nivel de atención	
6.3.- Circuito de procesamiento de la demanda generada	
6.4.- Soportes de referencia-contrarreferencia de la información asistencial	
7.- AUDITORIA DE CALIDAD DE LAS PRESTACIONES.....	21
7.1.- Programa de auditoría en terreno	
7.2.- Soportes y recursos previstos. Distribución.	
7.3.- Procedimientos de auditoría. Normas y pautas	
7.4.- Resultados y decisiones previstas	

8.- INDICADORES DE UTILIZACIÓN Y DE MORBIMORTALIDAD A UTILIZAR.....	27
8.1.- Indicadores de utilización de servicios.	
8.2.- Indicadores de accesibilidad de servicios.	
8.3.- Indicadores de satisfacción percibida por usuario y por niveles	
8.4.- Indicadores de gestión y/o estándares previstos para la central.	
9.- ORGANIZACIÓN Y CIRCUITOS DE CONDUCCIÓN Y GESTION DE LA CENTRAL.....	31
9.1- Estructura.	
9.2- Soporte de la cenral.	
9.2.a.- Misiones del Gerente/Director.	
9.2.b.- Funciones.	
9.2.c.- Función del sector prestaciones.	
9.2.d.- Función del sector administrativo - contable.	
9.2.e.- Función del sector auditoría médica.	
9.2.f.- Función de la oficina de facturación.	
9.2.g.- Función de conserjería .	
9.2.h.- Función de limpieza.	
10.- DISTRIBUCIÓN DE LA DEMANDA DENTRO DE LA CENTRAL.....	38
11.- DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS.....	38
12.- FORMA PREVISTA DE COORDINACIÓN DE SERVICIOS.....	38
12.1.- Mesa operativa de la central.	
12.2.- Criterios de incorporación y desvinculación de servicios.	
12.3.- Calidad de atención del primer nivel.	
12.4.- Esquema de operatoria general del sistema.	
13.- BIBLIOGRAFÍA.....	42
14.- ANEXO 1 Propuesta de cobertura.....	43
15.- ANEXO 2 Normas, Decretos y Leyes vigentes.....	61
16.- CONCLUSIONES.....	62



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

***"Mi cariño y agradecimiento a la
Prof. Dra. Liliana Licciardi"***

[Handwritten signature]

1.- INTRODUCCIÓN

Evaluada la cobertura actual de salud, para los funcionarios pertenecientes al servicio exterior de la Nación es objetivo de este trabajo diseñar un nuevo sistema de salud de bases gerenciadas. No pretendo detenerme en el análisis pormenorizado de la actual cobertura, pero sí remarcar que actualmente la cobertura y los prestadores carecen de auditoría alguna, como así también de categorización en su proceso de selección ya sea de calidad, costos o eficiencia. En este modelo se pretende optimizar al máximo los recursos existentes, brindando una óptima calidad de servicios fundamentado en la gerencia y auditoría.

Nuestro país se encuentra inmerso desde hace 30 años en un proceso de envejecimiento demográfico, a raíz de lo cual se plantean situaciones que requieren ser atendidas con urgencia: como la estructura sanitaria existente, la económica, la social, la habitacional y la educativa.

En virtud a la situación que nos ocupa es imperioso realizar profundos cambios a fin de adaptarse a las nuevas demandas y dar inmediata respuesta a toda la población.

Claro está, que el descenso de la natalidad sumado a un aumento en la expectativa de vida, la disminución de la tasa de mortalidad y una caída de la tasa de mortalidad infantil son los factores más importantes que determinan la rapidez y magnitud de dicho envejecimiento.

Ahora bien, a nivel mundial se ha experimentado un enorme crecimiento de los costos en salud, motivado principalmente por lo antes mencionado y sumado a razones culturales, desarrollo de la tecnología médica, aumento en los costos de los medicamentos y la aparición de nuevas entidades nosológicas.

Ante esta situación se plantea el siguiente modelo con el objeto de dar solución eficaz a la problemática planteada.

El problema principal que se presenta consiste en la factibilidad de brindar cobertura a través del mismo en forma equitativa y con valores adecuados para el mercado actual, sin que esto sea perjuicio para alguno de los integrantes del sistema.

2.- ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN:

Si tuviéramos que definir la situación actual planteada en relación a la cobertura médica que reciben fuera del país el personal dependiente del M.R.E.C.I. y C. destinado en el exterior y su grupo familiar definiríamos a la misma como CARA, de DISCUTIBLE CALIDAD y de una COMPLEJA INTERPRETACIÓN JURÍDICA.

Sobre esta situación se efectúan las siguientes observaciones:

1. Los aportes y contribuciones de ley, son canalizados fundamentalmente a través de la Obra Social Ospoce a la empresa de medicina prepaga Swiss Medical Group. Este prestador absorbe los costos prestacionales en el territorio nacional, por lo tanto ínfimas, ya que gran número de los aportantes se encuentran fuera del país. En razón de ello y de acuerdo a lo normatizado por la Ley Nro. 20.957 y el Decreto Nro. 2428/93, existe simultáneamente un sistema de reintegro de gastos que se aplica con déficit en su Administración por falta de normativas concretas que la reglamenten. A esto habría que sumar los costos administrativos de las tramitaciones, los gastos fijos de la dotación asignada a la Dirección Médica, la doble imputación por concepto de ART ya que el M.R.E.C.I. y C. se "auto asegura" en este rubro y simultáneamente abona los costos de las enfermedades laborales. También deberían considerarse como gastos dependientes de la atención sanitaria de esta población las erogaciones oficiales en viajes, alojamientos generados por la necesidad de brindar atención médica fuera de sus destinos a estos funcionarios.

Con el solo hecho de recuperar los aportes y contribuciones de Ley se evitaría el gasto simultaneo de los reintegros de gastos. No obstante ello debe destacarse que existen numerosos funcionarios radicados fuera del país que han contratado sus propios seguros de salud en sus destinos y utilizan el reintegro de gastos exclusivamente para obtener por este medio la cobertura que el Seguro de Salud no le brinda. Esto sucede especialmente con prótesis odontológicas y elementos de óptica.

En razón de lo expuesto, debe tenerse en cuenta que existe este "costo solapado" que podría evidenciarse en el caso que el M.R.E.C.I. y C. absorba los costos de esos Seguros de Salud contratados en el exterior por los funcionarios y que no quedan registrados.

2. Los reintegros de gastos solicitados por los funcionarios son efectivizados entre los seis meses y el año contados a partir de la oficialización de su solicitud de reintegro. Esta modalidad que implica hacer frente a veces a prestaciones de alto costo, significa desde el punto de vista sanitario una obstrucción a la fácil accesibilidad de los usuarios al uso de los servicios que por Ley le corresponden. La falta de accesibilidad a un servicio medico define en sí misma la falta de calidad de atención.
3. Los funcionarios y empleados destinados fuera del país se encuentran actualmente en un estado de desprotección sanitaria. No están considerados dentro de un programa asistencial con todo lo que ello implica: registros de su evolución, consumos, cobertura integral en caso de necesidad, protección sanitaria en acciones de prevención y conservación de la salud, control de la calidad de atención que reciben, auditoria medica de las prestaciones o disponibilidad de sus informes.
4. Se ha producido una situación indefinida sobre los alcances de la cobertura a la que estos funcionarios tienen derecho. La falta de normativas y la poca claridad de las normas vigentes ha hecho imperar el concepto de que "Todo" esta cubierto y es por lo tanto reintegrable. Sobre este punto se efectúan las siguientes observaciones:
 - El PMO establece que las obras sociales deben brindar a sus beneficiarios todas las prestaciones medicas, el mismo determina el piso de las prestaciones que los beneficiarios deben recibir. En razón de ellos se entiende que la cobertura a brindar fuera del país debería ser similar a la del PMO adaptado a la situación del usuario y características del país de destino.